Rok XXXVII. Kraków 19. Marca 1898. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Dna (podagra) i jej leczenie w limanowych kąpielach odeskich.

Podał

Dr. F. Jachimowicz.

Jak wiadomo, dna (podagra) jest chorobą, cechującą się tem, że w ustroju ludzkim nieprawidłowo wytwarzają się i wydzielają sole kw. moczowego. Przyczyna tej nieprawidłowości nie jest nam znana. Autorowie, którzy tę chorobę badali i opisali, wskazują na takie czynniki przyczynowe, jak powstawanie dny w latach późniejszych życia, wybitny wpływ na nią prawa dziedziczności, wyraźny związek dny z życiem zbytkownem, szczególnie z nadmiernem odżywianiem się. W każdym razie dna rozwija się powoli, latami, jest chorobą wybitnie przewlekłą i dziedziczną.

W mojej lecznicy na limanie, w Odesie, bardzo często zdarza mi się leczyć chorych na dnę; nie trafiło mi się jednak nigdy spostrzegać jej w wieku dziecięcym; natomiast spotykałem ją u osób stosunkowo dość młodych, które nie miały jeszcze czasu zepsuć sobie zdrowia sybarytyzmem.

Co do dziedziczności dny, to tu pola niema do wątpliwości. Wszyscy prawie chorzy opowiadają, że w mniejszym lub większym stopniu cierpieli na nią ich rodzice, dziadkowie, lub też inni bliżsi krewni. Choroba ta, chociaż najczęściej bywa dziedziczną, może być także i nabytą, przez długi szereg lat niehigienicznego życia, szczególniej w kierunku sybarytyzmu. Rzadko chorują na dnę ludzie pracy, chociaż i oni nie są wolni od niej, jeśli choroba jest dziedziczną. Nie zdarzyło mi się widzieć chorych na dnę pomiędzy wieśniakami; ale ją spotykałem u żydów-handlarzy, których życie nie było jednak zbyt wygodnem. Dziedziczności w tych razach należy się domyślać, chociaż często trudno było ją stwierdzić. Częściej zapadają na dnę wojskowi i lekarze.

Doświadczenia wykonane (we Francyi) pouczają nas, że przy natężonej pracy umysłowej więcej się zużywa materyi organicznej, niżeli przy silnej pracy fizycznej; z tego należy wnosić, że na dnę powinni częściej chorować ludzie, których wygodne i spokojne życie nie wymaga ani natężonej pracy umysłowej, ani fizycznej. Faktycznie stwierdzono, że u takich chorych zachodzą zaburzenia w wytwarzaniu się i wydzielaniu soli moczowych w ustroju i odkładanie się ich w tkankach ciała, oraz pewne określone zmiany w moczu.

W ustroju zdrowym kwas moczowy powstaje we wszystkich tkankach ciała i we krwi. Prof. Horbaczewski (i inni) dowiódł, że kwas moczowy wytwarza się przy rozpadaniu się nukleiny, której znaczna ilość nagromadza się przy trawieniu żołądkowem (Verdauungs-leucocytose). Doświadczenia tych badaczy wykazały, że nie sam skład chemiczny spożywanych pokarmów, ale przeważnie ich ilość wpływa stanowczo na tę sprawę.

Kwas moczowy, a raczej jego sole, znajduje się w ustroju zdrowym w stanie zupełnie rozpuszczonym, w związku soli podwójnej dwumoczanu sodowego i fosforanów wapniowych. Zresztą sole podwójne zwykle są łatwo rozpuszczalne w wodzie. W dnie sole te ulegają zmianom. Z ich składu wydzielają się fosforany, przez co sole dwumoczanu sodowego lub wapniowego stają się nierozpuszczalne, lub trudno rozpuszczalne. Te często nagromadzają się w takiej ilości, że się odkładają w tkankach ciała. Czy w dnie wytwarza się więcej kwasu moczowego w ustroju, lub zachodzą tylko zmiany w jego solach prawidłowych, stanowczo rozstrzygnąć trudno.

Chociaż Noorden dowodzi, że w dnie kwas moczowy nie zwiększa się ilościowo w ustroju, a Pfeiffer utrzymuje, że ilość jego prawdopodobnie jest nawet zmniejszona, przynajmniej w początku choroby, obaj ci uczeni opierają swe zdanie na ilości kwasu moczowego, znalezionej przy rozbiorach moczu, względnie do dobowej jego ilości, lub proporcyonalnie do ilości znalezionego mocznika.

Z drugiej strony wiadomo, że złogi soli dwumoczanu sodowego lub wapniowego w tkankach ciała, tak zwane denniaki (tophi-arthritici), powstają tylko po powtarzanych kilka razy ostrych napadach. Złogi te (tophi) tworzą się, gdy się nagromadzi wielka ilość soli moczowych nierozpuszczalnych.

Najczęściej spotykamy je na muszlach usznych, w skórze i pod nią (Rys. I), w około stawów w więzadłach, a nawet w samych kościach, lub na nich. Zawsze jednak w okolicy stawów, nigdy na kościach długich.



Rys. I.

Dna, jak powiedzieliśmy jest chorobą dziedziczną i przewlekłą; rozwija się powoli; ostre napady przychodzą później, w przebiegu choroby już rozwiniętej.

Pfeiffer utrzymuje, że ostre te napady powstają wtedy, gdy się na miejscu jakiem nagromadzi znaczniejsza ilość kwasu moczowego. Zebranie się gdzieś w jednem miejscu znacznej ilości soli moczowych, może powstać albo przez nagromadzenie się ich w danem miejscu na nowo, albo gdy się rozpuszczają istniejące już w tych miejscach złogi. Dowody na to znajdujemy w doświadczeniu, że sól dwumoczanu sodowego, rozpuszczona w stosunku 0,004% i wstrzyknięta pod skórę, sprawia ból, zaczerwienienie i obrzęki miejscowe, trwające kilka dni. Wstrzyknięcie soli podwójnej, jeśli jej roztwór nie jest zanadto stężony, nie wywołuje zjawisk po-

dobnych. Kształt kryształów soli dwumoczanu sodowego i wapniowego, dobytych z masy białej, ze złogów (tophi) wyjętej, jest igiełkowaty (powiększenie 96). Przy znaczniejszem powiększeniu (320), widzimy, że igły te mają kształt pryzmatyczny (Fig. 2 i 3).



Rys. 2.



Rys. 3.

W moczu, zebranym podczas napadu ostrego, znajdujemy kwas moczowy w stanie rozpuszczonym. Odczyn moczu bywa silnie kwaśnym i utrzymuje się w moczu stojącym dość długo. Kryształy kwasu moczowego nie opadają. Świeżo oddany mocz bywa mętny; męty te zawierają śluz, komórki nabłonkowe, a także kryształy szczawianu wapniowego, zawsze w dość znacznej ilości, oraz fosforany wapniowe. Jak się zdaje, nagromadzony w nerkach kwas moczowy drażni je i powoduje stan nieżytowy przewodów. Być może, że węglany, które wszędzie spotykamy w ustroju, mogą wytwarzać takie przemiany chemiczne w tkankach, przy których wydziela się dwumoczan sodowy z połączeń rozpuszczalnych soli podwójnych.

Jakkolwiek to się dzieje, niezaprzeczonym jest faktem, że wydzielenie się w tkankach i odkładanie się złogów (tophi arthritici) następuje jedynie wtedy, gdy napady ostre powtórzyły się już kilka razy, coby mogło wskazywać na powiększenie się ilości kwasu moczowego w ustroju wogóle.

W lecznicy mojej na Limanie, corocznie mam do czynienia z dną (podagrą). Chorzy z bolącymi i sztywniejącymi stawami, których cierpienia nie mijają nawet przy życiu i zachowaniu się zupełnie odpowiedniem, zjeżdżają na Liman do naszych kąpieli szlamowych, szukając ulgi i istotnie odnoszą upragnione polepszenie. Okres cierpień ostrych rzadko można spostrzegać na Limanie. Zwykle mamy do czynienia z przewlekłą postacią choroby.

Napady ostre już same przez się są ciężkie dla chorego, będąc powodem dotkliwych cierpień; szkodliwość ich jest wielka z tego powodu, że pogarszają ogólny stan chorego, gdyż, jak to wyżej powiedziano, tylko po wielu ostrych napadach przychodzi do gromadzenia się soli moczowych w nadmiarze i powstają złogi (tophi-arthritici).

W wykazach mojej lecznicy na Limanie, prowadzonych już od lat 15, corocznie notowane są przypadki dny. Prawie w każdym z nich, jako ostateczny wynik leczenia, zaznaczono, że się stan polepszył; lecz ani razu niepowiedziano, że chory się wyleczył. Zrobię tu uwagę, że w gośccu przewlekłym, który daje nam bardzo znaczny odsetek chorych na Limanie, przebieg jest odmienny i tu zupełne wyleczenie jest możebne. Często stwierdzamy stawy sztywne, obrzękłe, stwardniałe i powykrzywiane, które w ciągu jednego sezonu, czasem jednak w dwa lub nawet trzy, odzyskują prawidłowy kształt i ruchomość; chorzy przestają odczuwać bóle tak, że możemy śmiało twierdzić, że są zupełnie wyleczeni. Tak doskonałych wyników nigdy nie osiągamy w dnie (podagrze).

Nowoczesne metody badania dały nam w ostatnich latach środki do dokładnego rozpoznawania istoty tej choroby i stopnia jej rozwinięcia nawet tam, gdzie wynik zwykłego zbadania jest mniej jasny i objawy mniej wyraźne. Ztąd też i stósowanie leczenia i wyniki osiągnięte bywają teraz więcej jednostajne i jasne dla nas, a wcale zadawalniające dla chorych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O stanach nieżytowych cewki moczowej u mężczyzn.

podał

Dr. Eugeniusz Borzęcki.

Jak wiadomo, Riccordowi (1831) przypada zasługa rozdzielenia rzeżączki i kiły na dwie odrębne jednostki chorobowe. Sam jednak Riccord nie uważał rzeżączki za sprawę swoistą w tem pojęciu, by powód jej powstawania był zawsze ten sam; przeciwnie sądził on, że różne przyczyny mogą ją wywołać. Zapatrywania jego, co do odrębności rzeżączki, przyjęto powoli, a dalsze prace w tym kierunku miały na oku wyśledzenie swoistego zarazka rzeżączki. W r. 1879 opisał Neisser gonokoki, jako zarazek swoisty rzeżączki; przeszły i one swoją krytykę, a dziś chyba nikt już nie wątpi, że niema rzeżączki bez gonokoków. Od tej chwili datuje się pewien słuszny sceptycyzm w rozpoznawaniu rzeżączki. Jeżeli bowiem dotąd każdy wypływ z cewki uważano za rzeżączkę o mniejszem lub większem nasileniu, stósownie do objawów klinicznych, to odtąd, w miarę badań poszczególnych przypadków, zaczęto napotykać takie, gdzie w wydzielinie z cewki gonokoków nie było. Mowa tu jedynie o tych stanach, które wystąpiły od razu jako takie, nie będąc dalszym ciągiem rzeżączki ostrej, czyli jak powszechnie nazywają, rzeżączką przewlekłą. Zaczęły się jednem słowem mnożyć spostrzeżenia nieżytów cewki.

Znaną jest rzeczą z patologii ogólnej, że różne bodźce wywołać mogą w tym samym narządzie analogiczne obrazy chorobowe. Niema powodu do przypuszczenia, by błona śluzowa cewki stanowiła pod tym względem wyjątek, co do odporności na wpływy szkodliwe, jeżeli wyjątku tego nie stanowi żadna inna błona śluzowa. Błona śluzowa gardła, spojówki oka, przewodu pokarmowego, oskrzeli, popaść może w stan patologiczny pod wpływem bodźca mechanicznego, termicznego, chemicznego, wreszcie zakaźnego (drobnoustroje), który w miarę swego nasilenia lub swoistego działania, wywołuje stany chorobowe, różne od siebie zmianami anatomopatologicznemi i objawami klinicznymi. Błona śluzowa cewki moczowej wyściela kanał, który służy dla przejścia przezeń moczu i nasienia. Mocz o składzie prawidłowym nie stanowi zapewne bodźca mechanicznego dla cewki. Weźmy jednak pod uwagę mocz wysycony kryształkami kwasu moczowego, jak to ma miejsce w skazie moczanowej, lub przypadek długo się utrzymującej fosfaturyi, uwzględnijmy, że mocz taki przejdzie mniej więcej 200 razy w ciągu miesiąca przez cewkę, to dziwić nas nie będzie, że może on w tych warunkach przedstawiać powoli działający bodziec mechani-

czny, prowadzący do powstania lekkiego nieżytu cewki „goutte rhumatismale“ Francuzów. Miałem sposobność spostrzegać podobny przypadek, odnoszący się do pacyenta, który nigdy rzeżączki nie miał. Cierpiał na silną fosfaturyę i zostający prawdopodobnie z nią w związku nieżyt cewki, bo kiedy wszystkie zabiegi, stósowane miejscowo na błonę cewki, wyniku nie dawały, to przy zachowaniu odpowiedniej dyety, piciu wody karlsbadzkiej, przyczem fosfaturya zupełnie ustała (powstała w tym przypadku widocznie na tle zaburzeń żołądkowych), ustąpiły równocześnie objawy nieżytu cewki. Rozpatrując się w odnoszącej się tutaj literaturze, nierzadko spotykałem się z opisem nieżytów cewki bez gonokoków.

Jednym z pierwszych, który zwrócił na to uwagę i opisał kilka tu należących przypadków, był Bokhart [1]) i nazwał te stany „urethritis pseudogonorrhoica“. Spostrzegał on mianowicie, w ciągu 2 lat, w swej praktyce prywatnej, 15 przypadków tu należących. Wypływ śluzowy, śluzoworopny, występował w 2—3 dni po spółkowaniu, czas trwania cierpienia nie przenosił dni ośmiu. W wydzielinie znajdował liczne koki i prątki. Udało mu się nawet wyhodować i przeszczepić z wynikiem dodatnim koki, które znalazł w 4-ch z ogłoszonych 15 przypadków. Spostrzeżenia Bokharta zwróciły na siebie uwagę innych klinicystów. Wkrótce po nim ogłosił Welander podobne spostrzeżenia. Legrain i Legay [2]) opisali przypadek zapalenia ropnego cewki, powikłanego z zapaleniem przyjądrza. W ropie znaleźli i wyhodowali opisany przez Legaya „microcoque orangé de l'urèthre“. Hodowla wstrzyknięta do cewki żadnego odczynu nie wywołała. Josipovicz [3]) spostrzegał dwa przypadki nieżytu cewki. W wydzielinie znalazł tylko „bacterium colli commune“. Mimo ostrych objawów, wypływu ropnego, cała sprawa trwała dni dziesięć. Analogiczny przypadek opisał w roku 1893 Janet z kliniki Guyona.

Oberländer spostrzegał nieżyty cewki moczowej po nadużyciach płciowych coitus reservatus i nazywa te stany „urethritis ex irritatione“.

Fürbringer opisał nieżyty cewki, wywołane przez mocz amoniakalny; Ferria spostrzegał podobne stany po nadmiernej jeździe na bicyklu. Znaną wreszcie jest rzeczą, że wprowadzenie cewnika „à demeure“, wstrzykiwania środków drażniących wywołują przejściowe, ustępujące same przez się stany nieżytowe cewki. W rzadkich przypadkach „herpes progenitalis“, jeżeli wyrzut ten zajmie błonę śluzową cewki, sprowadza on równie jej nieżyt „urethritis herpetica“. Z tych kilkunastu przytoczonych spostrzeżeń okazuje się, że różne mogą być przyczyny, wywołujące nieżyty cewki.

Faitout [4]), chcąc uporządkować według etyologii nieżyty cewki, dzieli je na powstałe:

I. w przebiegu skaz ustrojowych i chorób zakaźnych: kiła, gruźlica, dna, zakażenie zimnicze, cukrzyca, dur, nagminne zapalenie gruczołu przyusznego.

II. w skutek używania pewnych: pokarmów i leków.

III. z przyczyn zewnętrznych: silne wzwody, samogwałt, spółkowanie podczas regularności, upławy białe, zbyt częste spółkowanie.

[1]) Bokhart. Ueber die pseudo-gonorrhoische Entzündung der Harnröhre und des Nebenhodens. Monatshefte für pract. Derm. 1886.
[2]) Archiv. für Derm. u. Syph. 1892, V. Z.
[3]) Centralblatt für Harn- u. Sexualorgane 1896, T. VIII. Z. 10.
[4]) Faitout. Des urétrites non gonococciens. Gazette des hopitaux 1896 Nr. 11.

Tarnowski i Finger zgadzają się na istnienie „urethritis syphilitica“ w okresie kiły wczesnej. Sam miałem równie sposobność spostrzegać dwa przypadki, w których, z wystąpieniem zmian ogólnego zakażenia kiłowego, pojawiły się objawy nieżytu cewki. Może powstawanie kłykcin w tych przypadkach, podobnie jak na innych błonach śluzowych, jest tego powodem. W przebiegu gruźlicy narządu moczopłciowego (jak przy zajęciu gruczołu krokowego, pęcherza i t. d.), pojawiają się lekkie nieżyty cewki moczowej. Prawdopodobnie zakażenia wtórorzędne, o jakie nie trudno w takich razach, mogą stanowić przyczynę tych nieżytów. Czy w przebiegu chorób zakaźnych: duru, nagminnego zapalenia gruczołu przyusznego, zimnicy i t. d. pojawiają się nieżyty cewki, na podstawie własnych spostrzeżeń nie umiem odpowiedzieć; wspomina o nich w swoim podziale Faitout, a sposobność w tym kierunku nasuwa się częściej klinicyście. W dalszym ciągu nieprawidłowe składniki moczu, jak kryształki kwasu moczowego w nadmiarze, fosforany wapniowe, działające powoli, lecz przez długi czas jako urazy mechaniczne, mogą dać powód do nieżytu cewki; podobnie dzieje się przy kamicy pęcherza. Co do pokarmów i leków, to Faitout nadmienia, że nadmierne użycie, zwłaszcza u osobników do tego nieprzyzwyczajonych, znacznej ilości piwa, wina, wogóle napojów wyskokowych, może spowodować lekkie stany nieżytowe cewki, a z leków: jodek potasowy, nalewka kantarydowa i t. d.

Dalszy dział obejmuje przyczyny zewnętrzne, które w następstwie często powtarzających się przekrwień, mogą stanowić bodziec mechaniczny dla powstania lekkich nieżytów cewki. Takiemi są: samogwałt, nadużycia płciowe „coitus reservatus“ — stany, które Oberländer nazwał „urethritis ex irritatione“. W tych przypadkach podrażnienie błony śluzowej zajmuje zazwyczaj i odcinek jej tylny, z towarzyszącymi objawami podmiotowymi, jak, częsta potrzeba oddawania moczu i uczucie niemiłego ciążenia w kiszce odchodowej. Czynniki powyższe, sprowadzając bądź to długo trwające, bądź często powtarzające się przekrwienie błony śluzowej, powodują następowo prawdopodobnie nieżyt gruczołów cewki. Objawy zaś podrażnienia odcinka tylnego powstają w tych razach tem łatwiej, że w nim znajdują się ujścia przewodów nasiennych, wzgórek nasienny, gruczoł krokowy, — narządy, które biorą czynny udział podczas wzwodu prącia, względnie wytrysku nasienia, a wiadomo, że już lekkie przekrwienie części tylnej cewki wywołuje objawy jej podrażnienia, jak parcie na mocz itd. Wprowadzenie cewników i zgłębników, niedostatecznie wyjałowionych, spowodowuje równie nieżyt cewki; w wydzielinie, w ten sposób powstałej, znaleźli Bokhart i Wolf gronkowce, Castex — paciorkowce.

Ostatni wreszcie dział stanowi opisana przez Bokharta „urethritis pseudo-gonorrhoica“, przez Faitout „urethrites vénériennes“. Stany te powstają po spółkowaniu podczas miesiączki, lub z kobietą, cierpiącą na białe upławy, jako objaw zajęcia nieżytowego bądź to pochwy, bądź też szyjki lub samego trzonu macicy, jednak nie w następstwie rze-

żączki. Zazwyczaj na drugi lub trzeci dzień po spółkowaniu pojawia się z cewki skąpa śluzowa wydzielina. Ograniczając się tylko do badania drobnowidowego, łatwo można uważać ten stan za okres początkowy rzeżączki z wydzieliną śluzową. Badanie mikroskopowe zapobiega pomyłce, wykazując brak *gc**), wydzieliny śluzowej z mniejszą lub większą domieszką różnych prątków i koków.

Znaną jest rzeczą, że wydzieliny patologiczne (śluz, ropa) z kobiecych części rodnych przedstawiają zwykle bardzo bujną faunę drobnoustrojów. Nieinaczej zachowuje się i błona śluzowa cewki u mężczyzn. Galewski i Steinschneider znaleźli 14 odmian różnych diplokoków; podobne wyniki otrzymali Petit i Wassermann; Tano, badając strzępki z wydzielin śluzowych i ropnych z cewki moczowej u mężczyzn, znalazł 32 odmian różnych drobnoustrojów. Błona śluzowa cewki w stanie nieżytu przedstawia dobre podłoże dla rozwoju drobnoustrojów, których ilość czasem jest tak znaczna, że stanowią niejako zawiesinę w skąpej wydzielinie śluzowej, przedstawiającą się makroskopowo jako ropa, a pod mikroskopem jakby hodowle różnych prątków i koków, z małą tylko domieszką ciałek ropnych i składników śluzu. Zdaje się, że niektóre z tych drobnoustrojów, dostając się z części rodnych kobiecych na błonę śluzową cewki mężczyzny, mogą mieć znaczenie patogeniczne. Bokhartowi udało się wyosobnić w jednym z podobnych przypadków koki, których przeszczepienie na błonę śluzową cewki dało wynik dodatni. Nieżyty cewki, o których dotąd mowa, stanowią tylko mały odsetek, a występując równie często jako cierpienie samoistne, lub tylko towarzysząc innej chorobie, zwracają na siebie tak dobrze uwagę klinicysty, jak syfilidologa. Pacyenci z samoistnymi nieżytami cewki rzadko tylko szukają porady w klinice lub szpitalu, bo nieznaczne cierpienie nie skłania ich do tego. Te zaś nieżyty, które są objawem tylko innego cierpienia, schodzą wobec niego na plan drugi.

(Dokończenie nastąpi).

III. O szóstym zmyśle.

Podał

Dr. Józef Zanietowski.

(Według odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu Towarz. lekar. krakowskiego, dnia 30 czerwca 1897 r.

(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

Przystępuję teraz do doświadczeń drugiej kategoryi, a mianowicie do doświadczeń nad głuchoniemymi. Doświadczenia te opiszę pokrótce, odsyłając ciekawych do *Archiwu Pflügera* (LI. S. 119) i do *Journal of otology* (1883). Każdemu z nas, który jeździł koleją, wiadomo, że na nagłym skręcie słupy telegraficzne wydają się nam jako skośnie ustawione drągi. Niektórzy badacze tłómaczą to zjawisko skombinowanem działaniem otolitów labiryntu i odruchów gałki ocznej, twierdząc, że podrażnienie otolitów i łuków wywołuje odruchowy obrót gałki ocznej; gdy głowę schylamy, gałka oczna obraca się w kierunku przeciwnym, czyli właściwie podczas ruchu głowy, gałki oczne pozostają zawieszone tak, jak lampy na statku, który się chwieje na falach.

*) Dla skrócenia przez *gc.* = gonokoki.

Temby więc się tłómaczyło, że, gdy pociąg nagle zakreśli łuk, doznamy na mocy siły odśrodkowej wrażenia otolitowego i odruchowego skręcenia gałek, z powodu czego krzywemi wydadzą nam się wieże i drzewa, bo ich obraz nie padnie na średnicę pionową siatkówki.

Tem również tłómaczyłoby się, że, podczas huśtania się, możemy wymacać przez powiekę obrotowe drgnięcia gałki za każdą zmianą położenia.

Opisanych dopiero co objawów Kreidl nie stwierdził u głuchoniemych. Czyżby to nie przemawiało za związkiem, istniejącym między labiryntem a każdą zmianą położenia naszego ciała, lub przynajmniej naszej głowy? Chcąc jeszcze dokładniej stwierdzić swoje przypuszczenia, Kreidl przeprowadził na głuchoniemych szereg ciekawych doświadczeń w podobnym kierunku. Wiadomo, między innemi, że jeśli na karuzeli mamy nastawić wskazówkę zegara pionowo, nastawiamy ją zawsze krzywo; przyczyna tego faktu jest zupełnie identyczną z opisanym powyżej przypadkiem w wagonie. Również znanym jest fakt tak zwanego „galwanicznego“ zawrotu głowy, o którym niektórzy twierdzą, że człowiek, którego czaszkę elektryzujemy, oszukanym jest co do swego położenia i równowagi właściwie za pośrednictwem narządu labiryntowego.

Ponieważ Kreidl tych obu objawów nie znalazł u głuchoniemych, zatem niema nic dziwnego w tem, że obstaje przy swojem mniemaniu, iż narząd otolitowy służy po części do oceniania położenia, a po części do odbierania wrażeń obrotowych (*„Empfindung von Lage und Wahrnehmung von Drehungen“*). Pomimo całej precyzyi, z jaką te doświadczenia były wykonane i pomimo uznania z jakiem się spotykały, muszę jednak dodać zaraz na tem miejscu, aby nie być stronnym, że wielkim przeciwnikiem „teoryi obrotowej“ jest Cyon, który uważa istnienie takiego organu za rzecz niepotrzebną (*„Zwecklosigkeit eines Organes für Drehempfindungen“*), nie zaprzeczając jednak, iż między narządem labiryntowym, a ocenianiem przestrzeni i stosunku naszego do przestrzeni istnieje, jak to jeszcze raz podkreślimy niżej, pewien ścisły związek.

IV.

Jeżeli streścimy w końcu wszystko, cośmy dotąd powiedzieli o „szóstym zmyśle“, to dojść musimy do przekonania, że narząd słuchowy zwierząt niższych, a pewna część narządu słuchowego zwierząt wyższych, t. j. labirynt, nie muszą służyć do celów akustycznych, lecz raczej stoją w jakimś związku z położeniem i równowagą zwierzęcia. Gdy rzucimy okiem na prace naukowe, wydane w ostatnich latach w tym kierunku, a streszczone powyżej według pewnego przystępnego systemu, nie możemy nie przyznać, że w chaosie przeróżnych badań przecież przebija się pewna idea wspólna, dążąca do przyznania odrębnych zupełnie funkcyj kanałom półkulistym i słuchowym pęcherzykom. Idea ta, zagmatwana nieco różnorodnością szczegółów, rozmaitością metod badania i niezgodnością (czasem tylko pozorną) polecanych terminów naukowych, przedstawia się mimoto zwycięsko, wobec kilku wrogich teoryj, obstających za tem, że cały narząd słuchowy służy li tylko do wrażeń słuchowych, i że kanały półkuliste są narządem bądź to odczuwającym szmery, bądź też może rodzajem tłumika, przygłuszającego fale akustyczne. Każdy bezstronnie chyba przy-

znać musi, że jeżeli co, to właśnie te dwa ostatnie przypuszczenia są bardziej sztuczne, niż którakolwiek z najbardziej teoretycznych hipotez, opartych bądź co bądź na doświadczeniach wiwisekcyjnych i klinicznych.

Nie miejsce tu ani czas na roztrząsanie krytyczne każdej hipotezy i każdego szeregu badań; dla przeciętnego lekarza jest w gruncie rzeczy rzeczą obojętną, czy „zmysł szósty" nazwiemy zmysłem równowagi, czy zmysłem statycznym, czy inną jakąś ochrzcimy go nazwą; obojętnym jednak nie powinien być duchowy dorobek pokoleń i naukowy trud szeregu badaczy, starających się rozjaśnić coraz bardziej tę sprawę, ze wszechmiar ciekawą, zarówno dla teoryi jak i dla praktyki. A wyjaśnia się ona coraz bardziej, skoro nawet taki zapalony przeciwnik Macha, Ewalda i Kreidla jak Cyon, bijący na alarm przed fatalnymi skutkami „widma nowych zmysłów," w miejsce nazw zmysłu równowagi i zmysłu statycznego, podstawia nazwę „zmysłu, służącego do podmiotowej percepcyi idealnej przestrzeni". Prawdziwie z jakimś dziwnym fatalizmem kręcą się te nazwy pokrewne koło wspólnej osi, a chyba niedalekiej już przyszłości będzie rzeczą ustalić nazwę narzadu, tak wszechstronnie badanego, a tak różnorodnie ochrzczonego, że rzeczywiście dowcip o „kilkunastu zmysłach mieszkańców Marsa", nie jest poniekąd pozbawionym trafnej racyi bytu. Naumyślnie też używałem ciągle powyżej nazwy „zmysłu szóstego", aby nie narzucać czytelnikom żadnego wyrazownictwa, lecz bezstronnie przedstawić same fakta, które bądź co bądź, przekonywują nas o tym ogólnikowym pewniku, że od czynności opisywanego tu narządu, zależy nasze prawidłowe położenie w przestrzeni i ocena stosunku tego położenia do otoczenia.

Kończąc tych słów kilka, miło mi z jednej strony wynurzyć wdzięczność dla tych, którzy w Zakładach naukowych Wiedeńskich, otaczając każdy mój krok naukowy uprzejmem uznaniem i chętną pomocą, pozwolili się przypatrzyć interesującym doświadczeniom, przez nich wykonywanym, a z drugiej strony wyrazić życzenie, aby szerszy ogół kolegów, po krytycznem przetrząśnięciu w pamięci opisanych tu faktów, niejednem może własnem spostrzeżeniem przyczynił się do prędszego, ostatecznego rozstrzygnięcia tej ciekawej, a dla nauki teoretycznej nie mało doniosłej sprawy.

Literatura.

1) Flourens. (Recherches expérimentales Paris) 1824.
2) Menière. (Acad. de Med. Paris Comptes-rendus.) 1861.
3) Hillaret. (Soc. de biologie. Paris Comptes-rendus.) 1861.
4) Brown-Séquard. (Course of lectures. Philadelphia) 1860
5) Manilin. (znane z referatu). 1866.
6) Boettcher. (z referatu). 1869
7) Moon. (z referatu). 1870.
8) Goltz. (Pflügers Arch. III. S. 172). 1870.
9) Breuer. (Med. Jahrb. 1874. S. 44). 1874.
10) Mach. (Sitzungsber. der Ak. d. Wiss. Wien. LXIX). 1874.
*11) Tomaszewicz. (Inaugur. Dissert. Zürich). 1877.
*12) Kiesselbach. (Arch. d. Ohrenheilk.). 1882.
13) Bechterew. (Pflüg. Arch. XXX. S. 312). 1883.
14) James. (Journ. of. Otology Havr. Amer.). 1883.
*15) Steiner. (Comptes-rendus). 1887.
16) Delage. (Comptes-rendus. CIII.). 1887.
17) Engelmann. (Zoolog Anzeiger. Nr. 258). 1887.
18) Loeb. (Würzburger Sitzungsber.). 1888.
19) Breuer. (Pflüg. Arch. XLVIII.). 1890.
20) Ewald. (Über das Endorgan d. Nerv. Octav.) Wiesbaden. 1891
21) Schiff. (Arch. des sciences phys. et nat.) 1891
*22) Schaefer. (Naturwiss. Wochenschrift). 1891.
23) Lee (Centrbl. für Physiol. VI. 17). 1892.
24) Kreidl. (Sitzber. d. Akad. d. Wiss. Wien. Cl. III.) 1892.
25) Bonnier. („Vertige". Paris) 1893.
26) Kreidl. (Sitzber. d. Akad. d. Wiss. Wien. CII.) 1893.
27) Bonnier. („l'Oreille". Paris). 1896.
28) Laskowski. (Now. lekarskie. IX. 2.) 1897.
29) Cherchewski. (Fac. de Med. de Paris. Thèse). 1897.
30) Cyon (Arch. f. Physiol ⁶/₄, s. 29.) 1897.

Uwaga. W spisie powyższym podano tylko ogólnikowe tytuły zbiorowych publikacyj i rok wydania, aby uniknąć wyliczania poszczególnych tytułów (nieraz bardzo długich) każdej monografii; zaoszczędzi to dużo miejsca, a dla ciekawych będzie wskazówką zupełnie wystarczającą.

Gwiazdką oznaczono przeciwników teoryi o istnieniu odrębnego zmysłu równowagi.

IV. Z zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Przypadek dzieciobójstwa

podał

Dr. Włodzimierz Sieradzki,
asystent zakładu.

(Ciąg dalszy).

Na osobie obwinionej przedsięwzięto dwukrotnie oględziny sądowo-lekarskie; pierwszy raz na trzeci dzień po porodzie i wtedy spisano następujący

Wywód oględzin:

1) Badana podaje, jak w protokole przesłuchania.

2) Badana jest osobą wzrostu średniego, dobrej budowy i odżywienia. Ciepłota ciała 37,2° C., tętno 90, pełne, regularne. Język wilgotny, lekko obłożony. Nie doznaje żadnych dolegliwości, jest swobodną, często rumieni się i blednie.

3) Oba sutki dobrze rozwinięte, na szerokiej podstawie osadzone; brodawki lekko wystające, stożkowate, obwódki ciemniej niż porost włosów zabarwione, na nich widoczne wybitnie gruczoły Montgomeryego. Sam gruczoł piersiowy dobrze rozwinięty, za uciskiem występują z otworów brodawki liczne krople treści białawej.

4) Brzuch ponad pępkiem płaski, poniżej pępka lekko wzdęty, linia środkowa brzucha wybitnie zabarwiona tak powyżej jak poniżej pępka. Powłoki brzuszne dość wiotkie, okazują liczne drobne powierzchowne blizenki, po większej części barwy lśniąco białej, w mniejszej ilości różowo-zabarwione.

5) Przy obmacaniu brzucha wyczuwa się, na 3 palce poniżej pępka, ciało dość twarde, o powierzchni gładkiej, ku dołowi się zwężające i kryjące się pod spojeniem łonowem, odpowiadające zatem powiększonej macicy.

6) Części płciowe zewnętrzne nieco obrzękłe, w okolicy ujścia pochwy krwią powalane, która też w skąpej ilości znajduje się na czopku waty, wsuniętym luźnie pomiędzy uda. Błona śluzowa przedsionka rozpulchniona, żywo czerwona, okazuje kilka świeżych otarć. Wędzidełko utrzymane, z błony dziewiczej wiszą strzępy, gdzieniegdzie na brzegach broczące.

7) Badania wewnętrznego części rodnych nie przedsięwzięto, a to z powodu, że w obecnym stanie badanej mogłoby być ono dla zdrowia jej niebezpiecznem.

8) Okazana szpitalna historya choroby nie podaje nic więcej ponad dzisiejszy wynik badania.

Orzeczenie:

1) Wynik badania stwierdza własne podanie badanej, oraz doniesienie, iż badana urodziła dziecię i to przed niedawnym, najwięcej kilka dni wynoszącym przeciągiem czasu.

2) Badana podaje, że obecnie rodziła poraz drugi a podaniu temu nie tylko nic się nie sprzeciwia, lecz owszem, za tem przemawia obecność na brzuchu blizn dawniejszych (białych), obok świeżych (różowych).

3) Sprawę, czy badana, jak to sama podaje, mogła odbyć tak zw. poród uliczny (partus praecipitatus, Sturzgeburt), rozstrzygnąć będzie można po dokładnem oznaczeniu pomiarów miednicy. Pomiary te można oznaczyć przy badaniu wewnętrznem części rodnych, które, wedle zasad nauki nie powinno być przedsięwziętem przed upływem 10—12 dni po porodzie. Do tego więc czasu wstrzymać się musimy ze stanowczem orzeczeniem co do tego punktu.

Stosownie do zastrzeżenia w powyższem orzeczeniu odbyły się w dziesięć dni później drugie oględziny oskarżonej, które wykazały co następuje:

1) Badana nie gorączkuje, tętno pełne, regularne, nieprzyśpieszone.

2) Macica zewnętrznie nie daje się już wyczuć; przy badaniu wewnętrznem wyczuwa się, w przedniem sklepieniu pochwy, nieco powiększone i ruchome ciało macicy. Część pochwowa na falangę długa, zbitości prawidłowej, ujście zewnętrzne dla końca palca drożne, szyjka ku górze się zwęża. Na brzegach ujścia wyczuwa się liczne wręby. Palec wyjęty z pochwy pokryty wydzieliną skąpą, białawą, dość cuchnącą.

3) Pojedyncze wymiary miednicy wynoszą:

a) odległość obu kolców biodrowych (distantio spinalis) = 22 ctm.

b) największa odległość obu grzebieni biodrowych (distantio cristalis) = 27 ctm.

c) odległość obu guzów kości udowych (dist. trochanterica) = 31 ctm.

d) odległość od wzgórka kości krzyżowej (promontorium) do dolnego brzegu spojenia łonowego (conjugata diagonalis) = 13 ctm.

e) odległość od dołka, znajdującego się poniżej wyrostka kolczastego ostatniego kręgu lędźwiowego, do górnego brzegu spojenia łonowego (conjugata externa) = 20 ctm.

Po zbadaniu wydano następujące

Orzeczenie:

1) Z dzisiejszego badania wynika, iż badana przebyła już, w sposób zupełnie prawidłowy, pierwszy okres połogu.

2) Wymiary jej miednicy, przedewszystkiem wymiary zwane *conjugata diagonalis* i *externa* okazują się zupełnie prawidłowe, wobec czego, przy uwzględnieniu wymiarów główki dziecka, urodzonego przez badaną, nie można zaprzeczyć, iż poród odbywał się prawidłowo, łatwo, a nawet, że ostatni jego okres, t. j. ekspulsya płodu, mógł się odbyć bardzo szybko.

Wśród tego komisya sądowo-lekarska przeprowadziła także oględziny miejsca czynu, gdzie spisała następujący

Protokół:

Komisya, przybywszy na miejsce po przybraniu dwóch niżej podpisanych świadków sądowych, udała się do mieszkania p. p. E.

Z korytarzyka [1]), znajdującego się tuż przy wyjściu ze schodów, prowadzi dwoje drzwi, jedne do mieszkania, drugie do małej sionki, w głębi której znajdują się dwie komórki wychodkowe, z których jedna, t. j. lewa, używaną bywa przez służbę i gdzie, według podania Ludwiki S., urodzić ona miała dziecię w nocy krytycznej.

Otwór stolcowy zewn. tego wychodka wynosi w średnicy 26 ctm., poniżej muszla się nieco zakrzywia i zwęża tak, że średnica przewodu, prowadzącego do głównej rury spustowej w miejscu, do którego jeszcze ręką sięgnąć można. wynosi $17\frac{1}{2}$ ctm. [2]).

Na denku, służącem do przykrycia otworu stolcowego, na samej desce stolcowej, dalej na ścianie tylnej i ścianie bocznej lewej, t. j. bliższej mieszkania, zauważyć się dają liczne plamy, jakby od krwi pochodzące. Plamy te mają przeważnie kształt rozbryzganych kropli, szczególniej zaś plamy, znajdujące się na ścianie bocznej lewej, popod umieszczonemi tamże dwoma półeczkami, okazują kształt stożków, których szczyt zwrócony ku górze, podstawa zaś łukowato wygięta, zwrócona swą wypukłością ku dołowi.

Kilka z tych plam nożem odskrobano, celem późniejszego zbadania.

Na podłodze wychodka, jak również w sionce i w kurytarzyku, nie zauważono żadnych plam krwi, chociaż, według podania obecnych, nie myto po nocy krytycznej tych miejsc z polecenia samych p. p. E.

Odległość od drzwi wychodka dla służby do drzwi z sionki do kurytarzyka wynosi 4 kroki, ztąd do drzwi przedpokoju 6 kroków. W przedpokoju, którego szerokość na skos mierzona od drzwi zewnętrznych do drzwi wiodących do kuchni, wynosi 4 kroki, miały, wedle podania obecnych, znajdować się dwie duże łachy krwi w miejscach, naznaczonych na planie czerwonymi kółkami; obecnie plam tych niema, gdyż je zmyto. W głębi przedpokoju znajduje się szafa i kufer z rzeczami Ludwiki S. W kuchni oprócz innych zwyczajnych sprzętów znajdują się dwa łóżka; na jednem z nich, mianowicie na stojącem bliżej drzwi, sypiała Ludwika S. Na podłodze kuchni nie zauważono żadnych śladów krwi; miało ich również nie być nazajutrz po krytycznej nocy.

Stwierdziwszy, co wyżej podano, udała się komisya na dół, by zbadać przebieg rury spustowej i sam kanał. Rura spustowa biegnie zupełnie prosto przez całą wysokość gmachu, aż do kanału. Kanał domu tego jest spławny, posiada kilka zakratowanych otworów, bliższych jednak szczegółów, mianowicie co do dna i ilości treści, zbadać nie można.

Na tem zakończono oględziny miejsca.

Zeskrobane ślady, z krwi wrzekomo pochodzące, w szczególności znajdujące się na denku i ścianie bocznej kloaki pod półeczkami, poddano badaniu mikrochemicznemu w sposób przepisany i otrzymano z nich wyraźne, tak zw. kryształy heminy, czyli Teichmanna, ztąd można je z całą stanowczością uważać za plamy pochodzące z krwi.

W śledztwie przesłuchano, obok służbodawczyni obwinionej i domowników, także kanalarzy, którzy zwłoki dziecka znaleźli i wydobyli.

Z zeznań pierwszych okazało się, że Ludwika S., podczas dnia, poprzedzającego krytyczną noc, spełniała jak zwykle swe obowiązki, nie żaliła się na żadne dolegliwości, tylko nieco wcześniej uporała się ze swą wieczorną robotą. Nie położyła się jednak spać równocześnie ze swą towarzyszką, kucharką, lecz krzątała się po kuchni. Gdy kucharka przebudziła się mniej więcej po półgodzinnym śnie, ujrzała Ludwikę S. siedzącą na krześle przy łóżku z głową opartą o poduszki, a przy tem jęczącą, jakby z bólu. Na zapytanie, co jej jest, odpowiedziała, że ją zęby bolą. Gdy kucharka poraz drugi się przebudziła, zobaczyła w sąsiednim przedpokoju światło i Ludwikę zajętą jakby przekładaniem rzeczy w swoim kufrze. Rano Ludwika obudziła kucharkę do roboty, sama jednak nie wstała, twierdząc, że ją boli głowa i prosiła przybyłej właśnie praczki o wyręczenie w robocie. Służbodawczyni zastała ją rano w łóżku, powleczonem świeżą bielizną, samą odzianą również w czystą bieliznę. Na pytania odpowiadała stale, że ją głowa boli i nikt w domu nie domyślał się całego zajścia aż dopiero, gdy przybyła komisya policyjna. Że Ludwika była w ciąży, domyślała się jej służbodawczyni, jednak nie wiedziała w jakim okresie, gdyż Ludwika bardzo zgrabnie, stósownem ubraniem, stan swój ukrywała tak, że kucharka, wciąż z nią od kilku miesięcy przebywająca, wcale nie podejrzywała u niej ciąży. Po przedstawieniu powyższych zeznań przyznała obwiniona, iż rzeczywiście po fakcie wiedziała o odbytym porodzie, że się

[1]) Do aktów dołączony był plan sytuacyjny.

[2]) Wyrysowane na planie w przekroju podłużnym.

z tem na razie taiła ze wstydu, jednak sama chciała później zawiadomić o wszystkiem swą służbodawczynię: czas ciąży po dokładniejszem, jak twierdzi, obliczeniu, podaje obecnie wyżej niż poprzednio, jednak stanowczo obstaje przy tem, iż nie spodziewała się porodu, nie wiedziała, że go odbywa, że tylko krytycznej nocy cierpiała ból zębów, a udała się do wychodka z powodu silnego parcia na stolec.

Ważnemi okazały się zeznania kanalarzy. Znaleźli oni dziecię w kanale, leżące na treści kanałowej, dość gęstej, która, w warstwie wysokiej do kolan dorosłego mężczyzny, pokrywała ciosowe dno kanału. Dziecię spoczywało na prawym boku nieco w kał wciśnięte, zwłaszcza twarzą i prawą połową główki. Kanalarze twierdzą stanowczo, iż dziecię nie mogło rozbić sobie główki przy wpadnięciu do kanału, a to z powodu, iż kał był zbyt gęsty, by dziecię ciężarem swym mogło go przebić i dosięgnąć dna kanału. Na podstawie aktów śledczych, których treść w krótkości wyżej podałem, sędzia śledczy zażądał od nas końcowego orzeczenia.

Zanim je podam w całem swem brzmieniu, zdam sprawę z doświadczeń, które wykonaliśmy, w celu wyjaśnienia jednego punktu w całej sprawie: chodziło tu mianowicie o zbadanie, czy słusznem jest owo twierdzenie kanalarzy, według którego dziecię nie mogło sobie rozbić główki przy upadku do kanału, ponieważ, z powodu gęstości jego treści, nie mogło dosięgnąć dna kanału. Gdy bowiem oględziny miejsca wykazały, iż wśród spadania dziecka przez prostą i gładką rurę spustową, tego rodzaju obrażenia głowy nie mogły żadną miarą powstać, nasuwaćby się samo przez się musiało przypuszczenie, iż obwiniona dziecię swe przedtem usiłowała pozbawić życia przez uderzenie jego główką, n. p. o ścianę, a następnie jeszcze żywe wrzuciła do kanału. Przypuszczenia tego, wielce obciążającego winę, a przeciwnego podaniom obwinionej, nie można było obalić gołosłownem zaprzeczeniem twierdzeniu kanalarzy, gdyż takie zaprzeczenie, a względnie ogólnikowe, zupełnie teoretyczne zaznaczenie możliwości powstania tych obrażeń główki w samym kanale, wobec stanowczych, a przeciwnych twierdzeń kanalarzy, nie znalazłoby wiary ani u prokuratora ani u sędziów przysięgłych.

Doświadczenia nasze polegały na zrzucaniu, a raczej zupełnie wolnem puszczaniu zwłok noworodków główką na dół z wysokości II-go i III-go piętra, najpierw na kamienną posadzkę, a następnie do paki dość obszernej, której dno wyłożono płytami kamiennemi, samą zaś pakę wypełniono do wysokości kolan dorosłego mężczyzny kałem, wziętym z kanału, o tyle gęstym, iż zwłoki dziecka, nań położone, nie tonęły, tylko się na powierzchni utrzymywały. Doświadczeń tych dokonaliśmy cały szereg, a z kilku z nich pomieściliśmy sprawozdanie w poniższem orzeczeniu. Wykazały one z całą pewnością, iż nawet tego rodzaju liczne złamania tak sklepienia jak i podstawy czaszki, jakie stwierdzono u dziecka obwinionej, mogły powstać przez samo uderzenie główki dziecka o powierzchnię kału, przy upadnięciu z tak znacznej wysokości, mimo, iż ciało dziecka warstwy kału nie przebiło i nie dosięgło dna kanału.

Że zaś rzecz sama nie jest tak prosta, jak się na pozór wydaje i że bez doświadczeń nie można było z góry tego twierdzić z całą stanowczością, poucza jedno z tych doświadczeń, mianowicie to, w którem zwłoki noworodka donoszonego, 51 ctm. długie, 3200 grm. ciężkie, upuszczone z wysokości II piętra do owej paki z kałem, częściowo się tylko w kale zanurzyły, nie dosięgły jednak dna paki, a sekcya nie wykazała najmniejszych obrażeń czaszki. Stąd wysnuwa się naturalny wniosek drugi, że w pewnych warunkach, których nie da się określić, przy upadku noworodków, nawet ze znacznej wysokości, na powierzchnię kału, można nie znaleźć następnie żadnych obrażeń czaszki, że zatem brak takich obrażeń nie może wykluczyć spadnięcia dziecka ze znacznej wysokości do kanału, jeżeli treść w nim jest odpowiednio gęsta. Łatwo zrozumieć, że i ten drugi wniosek może znaleźć swe zastósowanie praktyczne, a mianowicie w tych razach, w których podanie obwinionej matki, iż rodziła nad otworem wychodka n. p. II-go piętra, wydawałoby się nieprawdopodobnem dla sędziów z tego powodu, iż dziecko, znalezione w kanale, nieokazywało żadnych obrażeń. I w jednym i w drugim przypadku wnioski znawcy, polegające na tych doświadczeniach, mogą być zgodne z prawdziwym stanem rzeczy; w każdym zaś razie, wśród wątpliwości, wypadną na korzyść obwinionej. Wobec zaś bardzo częstych przypadków znalezienia zwłok noworodków w kanale, zwłaszcza w większych miastach, nie wątpię, iż niejednokrotnie podobne zagadnienia się nasuną.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Handbuch der Therapie innerer Krankheiten herausgegeben von Prof. Dr. F. Penzoldt und Prof. Dr. R. Stintzing. Verlag G. Fischer. Jena. Zweite Auflage.

Ukazało się w druku dalszych 5 zeszytów tego ze wszech miar godnego polecenia podręcznika, który, jak to już poprzednio zaznaczyliśmy, jest pracą zbiorową najwięcej znanych powag niemieckich w zakresie medycyny wewnętrznej. Pomiędzy innymi zamieścili tu swoje prace Jürgensen, Kiesselbach, Angerer, Bürkner, Husemann, Moeli, Penzoldt, Stintzing, Schede, Schmid i wielu innych. Podobnie jak w pierwszych zeszytach przedstawili i tu autorowie cały szereg bardzo cennych i samodzielnych spostrzeżeń klinicznych. Na szczególniejszą uwagę zasługuje rozdział o leczeniu pneumatycznem i inhalacyjnem chorób narządu oddechowego, napisany przez A. Schmida z Reichenhall treściwie, wyczerpująco a zarazem przedstawiający krytycznie wszystko to, co dotąd na tem polu uczyniono.

Razem wyszło dotąd zeszytów 8. Składają się one na 1-szy i 2-gi tom całego dzieła i obejmują leczenie chorób narządu oddechowego, otruć, krwi i przemiany materyi.

Dr. Z. W.

Dr. A. Steuer: **Die häufigsten Ohrenerkrankungen im Bilde.** (Nr. 41—46 der Medicinischen Bibliothek für praktische Aerzte. Verlag C. G. Naumann w Lipsku).

„Das vorliegende Bändchen ist kein Compendium der Ohrenheilkunde u. will kein Lehrbuch ersetzen. Es hat nur den Zweck, durch Darstellung der Haupttypen der Erkrankungen des Gehörorganes u. zwar der Trammelfellbilder in 3—4 facher Vergrösserung, die Aufmerksamkeit auf die ungemein mannigfaltigen Bilder der einzelnen Affectionen zu lenken u. einen kleinen diagnostischen Behelf beim Studium der Otiatrik u. namentlich beim Beginne desselben zu liefern“. Te słowa, wypowiedziane w przedmowie, najlepiej określają cel i zamiary autora. W rzeczy samej nadaje się ta książka znakomicie, jako wstęp do otyatryi, dla ułatwienia początkującym zapoznania się z tą gałęzią medycyny. Wychodząc z tego elementarnego założenia, naraża się autor na zarzut, że w wielu rzeczach zapuścił się nazbyt w szcze-

góły, a natomiast inne części traktuje znów zanadto powierzchownie. Tak n. p. początkujący nie nabędzie dokładnego wyobrażenia i nie odniesie żadnej korzyści z tych opisów różnych źródeł światła, sposobów badania, kateteryzowania, wziernikowania tylnych przewodów nosowych i t. p. szczegółów, należących do zakresu podręcznika, którego autor przecież pisać nie zamierzał. Przez uwzględnienie tylko przystępniejszych i pospolitszych sposobów badania i opuszczenie zupełne więcej zawiłych i trudniejszych metod, wymagających dłuższej wprawy, dziełko to może stać się w przyszłych wydaniach o wiele użyteczniejszem i więcej celowi odpowiadającem.

Metody prób słuchowych są wprawdzie bardzo dobrze przedstawione; żeby jednak były zrozumiałe należało poprzedzić je choć główniejszemi zasadami fizyologii słuchu, mianowicie narządów przewodzącego i pojmującego głos, oraz tłómaczeniem znaczenia ich czynności. Dalej najważniejszą częścią narządu przewodzącego głos nie są kostki słuchowe (str. 26), lecz okienka błędnikowe, jak to kliniczne spostrzeżenia niezbicie pouczają Reakcya elektryczna n. słuchowego nie jest podana przez Bremera (str. 27), lecz przez Brennera. Prawdopodobnie zachodzi tu błąd drukarski, podobnie jak na innem miejscu (str. 52) znajdujemy „Inspections krankheiten“ zamiast „Infectionskrankheiten“. Podzielenie chorób zapalnych ucha środk. według Politzera nie jest, naszem zdaniem, stósowne dla początkujących.

Główną wartość tej książki stanowią dołączone rysunki kolorowane, które są wprawdzie zbyt jaskrawe i przez to za mało prawdziwe, jednak przychodzą wyobrażeniu w pomoc, unaoczniając najważniejsze zmiany chorobowe ucha środkowego i zewnętrznego. Obrazy pochodzą z przypadków, leczonych na oddziale chorób usznych Dra J. Haasa, lekarza pułkowego w szpitalu garnizonowym w Krakowie.

Jako poradnik rozpoznawczy, ułatwiający początkującym rozpoznanie i zrozumienie zmian na błonie bębenkowej, jest to dzieło jedyne w swoim rodzaju, przyczyni się bardzo do rozszerzenia tej nauki w szerszem kole lekarzy, i przez to zasługuje na rozpowszechnienie. Nie wątpimy też, że zyska sobie dużo zwolenników i odrodzi się niejednokrotnie w nowych wydaniach, tem więcej, że cenę, ze względu na koszta rysunków i ozdobnego wydania, należy uważać za nizką (3 M.). *Spira.*

VI. Wyciągi.

M. Rabot: **Wyjęcie tubusa O'Dweyera.** *(Revue mensuelle des mal. de l'enfance*, styczeń 1898). Francuskich pedyatrów, którzy po dokonanej intubacyi usuwają zawsze nitkę, zajmuje żywo sprawa najłatwiejszego, najmniej krtań obrażającego postępowania, przy wyjęciu tubusa. Celem ominięcia wyjęcia z pomocą przyrządów (ekstubatora) podano niedawno tak zw. wygniatanie (l'enucleation); obecnie podaje R. nowy sposób wyjęcia tubusa bez użycia narzędzi. Chcąc wydobyć tubus, zapomocą tego nowego sposobu, układa się dziecko poziomo, z głową trochę zwieszoną na kolanach osoby posługującej; operator staje po stronie prawej dziecka i dwoma palcami ręki prawej, wypycha (nie gniotąc wcale) całą krtań ku górze, a to w tym celu, aby ją, a tem samem i główkę tubusa zbliżyć do wskaziciela ręki lewej, który równocześnie wprowadza się do jamy gardlanej. Palec ten, napotkawszy główkę tubusa, wyważa ją i odpowiednim ruchem, przyciskając lekko do korzenia języka, wyprowadza tubus do jamy ustnej, zkąd łatwo może być wyjęty. Zdaniem R. wszystkie zarzuty, podniesione przeciw wygniataniu, upadają wobec jego sposobu. *Doc. Raczyński.*

A. v. Chamisso de Boncourt: **Wole u podstawy języka.** *(Beitr. z. klin. Chir.*, T. XIX. Z. 2). Od lat paru zaledwie wiemy z całą pewnością, że w podstawie języka, w okolicy tak zw. otworu ślepego, może się rozrastać guz, o utkaniu gruczołu tarczykowego. Niewątpliwie cierpienie to, stare jak ludzkość, uchodziło jednak uwagi lekarzy, lub było fałszywie rozpoznawane. Dopiero badanie mikroskopowe wykazało całą prawdę, i dziś już możemy wykazać w literaturze 14 przypadków „strumae baseos linguae“ nie mogących ulegać zaprzeczeniu.

Takie umiejscowienie wola wywodzi początek swój z wczesnego okresu życia płodowego, z okresu, w którym zaczyna się wytwarzać tkanka gruczołu tarczykowego. Należy zatem do tak zw. „struma aberans“, lub „struma accesoria“. A zupełnie pozbawione są podstawy hipotezy autorów, domyślających się w wolu korzenia języka tak zw. wola przerzutowego (struma metastatica), bo do wyjątków należy równoczesne wole na szyi, a często zdarza się równoczesny brak gruczołu tarczykowego prawidłowego w miejscu zwykłem.

Traf zaś chciał, lub może działa tu rzeczywista jeszcze nieopznana przyczyna, że wszystkie, dotychczas opisane przypadki tyczyły się płci niewieściej. Autor przypuszcza, że cierpienie to zdarza się i u mężczyzn, lecz ci, z natury już obdarzeni szerokiem gardłem, nie łatwo odczuwają dolegliwości, sprawiane przez guz na podstawie języka, więc nie zgłaszają się do lekarzy.

Kiedy przyjmiemy (a to najprawdopodobniejsze) zarodkowe pochodzenie tego guza, nie możemy mówić o początku cierpienia, ale mówić należy o początku dolegliwości, jakie cierpienie to sprawiać może. Pomijając przypadki, sekcyjnie stwierdzone, w których wole na podstawie języka istniało bardzo długo, bo do późnej starości i nie sprawiało wcale żadnych przypadłości chorobowych, zaznaczyć należy, że najczęściej wole to daje znać o sobie w okresie pokwitania i rozwiniętej czynności płciowej, jakkolwiek nie można wykazać żadnego związku między życiem płciowem a guzem. Wyjątkowo przypadłości mogą wystąpić bardzo wcześnie, gdyż jest opisany przypadek, w którym noworodek u samego progu życia udusił się takiem wolem; to jest jedno, może jedyne niebezpieczeństwo, jakie cierpienie to pociąga za sobą. Natomiast dolegliwości bywają wielorakie. Szereg ich otwiera uczucie pełności i napięcia w szyi i w gardle, występujące zwłaszcza podczas połykania, które może być utrudnionem. Tak samo i oddychanie bywa połączone z pewną trudnością, zwłaszcza w niektórych pozycyach, jak w położeniu na wznak. Do objawów ze strony narządu oddychania należy także kaszel napadowo występujący, napady duszenia się podczas snu itd. Do objawów bardziej wyniszczających organizm, niż poprzednie przypady, należą parokrotnie notowane krwotoki z gardła, czasem zastraszające swymi rozmiarami. Gdy nadto zauważymy mowę niewyraźną, bełkoczącą, wyczerpiemy w grubych zarysach szereg objawów podmiotowych. Przedmiotowo stwierdzamy: po otwarciu jamy ustnej i silnem pociągnięciu języka ku przodowi, lub dopiero po użyciu źwierciadełka krtaniowego, guz, pokryty błoną śluzową, bardzo rzadko owrzodziałą, zawsze zaś prawie z obficie rozwiniętą siecią naczyń żylnych. Guz usadowiony w linii środkowej, w okolicy „foraminis coeci linguae“, może ją przekraczać w jedną lub drugą stronę. Usadowiony zwykle na szerokiej podstawie, czasami tylko u podstawy nieco przewężony, nie przesuwa się na podstawie, niebolesny, w utkaniu swem zbity, czasem sprężysty, jak dobrze wypełniony torbiel. Przedmiotowo nic zresztą wykazać nie można. Badanie drobnowidowe wykazuje typową tkankę gruczołu tarczykowego. W rozpoznaniu należy wykluczyć nowotwory, torbiele, kiłaki itp. Przestrzega jednak autor przed próbnem nakłóciem. Wszyscy, którzy go użyli, musieli potem walczyć z obfitem krwawieniem z miejsca nakłócia. W jednym przypadku uszło przeszło 400 grm. krwi.

Leczenie zależeć powinno od natężenia objawów chorobowych. Gdy te są nieznaczne, próbować środków wewnętrznych: jodu i przetworów gruczołu tarczykowego; gdy jednak naglą, trzeba się uciec do leczenia chirurgicznego, lecz ostrożnie. Jeżeli stwierdzić zdołamy, że na szyi w swem miejscu znajduje się gruczoł tarczykowy prawidłowy (bo zdarzyć się może, że go wcale nie ma!) wtedy bez wahania

się możemy guz wyłuszczyć. Za typowe uznaje autor wyłuszczenie całkowite wola przez jamę ust, po poprzedniem przecięciu tchawicy (jak to zrobił Kraske w przypadku przez autora opisywanym). Przez silne pociąganie języka kleszczykami, podstawa jego staje się dość przystępną. Inni, niepewni rozpoznania, dochodzili do guza od zewnątrz, przez przepiłowanie szczęki, otwarcie gardła etc. Kiedy jednak nie możemy wykazać prawidłowego gruczołu na szyi, należy postępować ostrożniej i nie wyłuszczać całego guza. Zdarzyć się bowiem może, jak w przypadku opisanym przez Seldowitscha w „Ctrbl. f. Chir.“, 1897, Nr. 17, gdzie, po wyłuszczeniu „strumae baseos linguae“ u 14-letniej dziewczyny, w 7 miesięcy po operacyi wystąpiły objawy obrzęku śluzakowego (myxoedema operativum), dziewczyna ta bowiem nie posiadała wcale gruczołu tarczykowego na szyi.

Herman.

A. Freudenberg: **Operacya Bottiniego przy przeroście gruczołu krokowego.** *(Berl. klin. Woch. 1897*, Nr. 46). F. podaje historyę choroby 63-letniego starca, u którego operacya Bottiniego dała wynik wyśmienity. Już w r. 1893 wykonał u niego inny lekarz obustronną kastracyę, celem usunięcia trudności w oddawaniu moczu, na jakie chory już od lat kilku cierpiał. Od pół roku używał chory stale cewnika, a ilość moczu zastojowego wynosiła 700—1000 ctm. Operacya pozostała zupełnie bezskuteczną tak, że chory musiał dalej używać cewnika. W roku 1897 wykonał F. operacyę Bottiniego zapomocą jego przyrządu, robiąc cięcie na 3 ctm. ku tyłowi, drugie tej samej długości na lewo, trzecie, 2 ctm. wynoszące, ku przodowi. W $5^1/_2$ godzin po operacyi oddał chory dobrowolnie 6 ctm. moczu, w nocy tegoż dnia 3 razy po kilka ctm., drugiego dnia oddaje już porcye do 55 ctm. na raz, dnia trzeciego do 132 ctm. jednorazowo. W 10 dni po operacyi mocz zastojowy wynosi 55 ctm. Od 2 dnia po operacyi wprowadzał cewnik tylko 2 razy dziennie, od 18 dnia raz dziennie, od 34 dnia wcale się cewnika nie używa. Mocz zastojowy wynosił pod koniec 11—40 ctm. rano i 15—52 po poł. Chory oddaje obecnie 6—8 razy mocz na dobę, dobrym prądem, z tego raz tylko w nocy. Mocz jasny. Z naciskiem podnieść trzeba ustąpienie uporczywego zaparcia stolca. Stan ogólny lepszy.

Teoretyczne znaczenie tego przypadku polega na stwierdzeniu mylności zdania, jakie niedawno prof. Lennander wygłosił, jakoby skutek operacyi Bottiniego przypisać należało jedynie zniszczeniu, wraz z wzgórkiem nasiennym (caput gallinaginis), przewodów nasiennych jakoteż zwojów i gałązek nerwowych, zaopatrujących pęcherzyki nasienne.

Ważniejszem jest znaczenie praktyczne. Należy na przyszłość raczej wpierw stosować operacyę Bottiniego, zanim się przystąpi do kastracyi lub przecięcia przewodów nasiennych.

F. podaje nakoniec własną modyfikacyę przyrządu Bottiniego. Pomijając drobniejsze szczegóły, tak zmieniony przyrząd posiada tę istotną wyższość nad pierwotnym, że pozwala na bezkarne wygotowanie go przed użyciem.

Dr. B. Wojciechowski.

V. Langsdorff: **Przyczynek do leczenia przewlekłych owrzodzeń podudzia.** *(Ctrbl. f. Chir.* 1897, Nr. 46). L. leczy owrzodzenia podudzia wedle następującego szematu. Po obmyciu mydłem podudzia, zasypuje wrzód obficie kalomelem, rozrabia go dodaną wodą na papkę, i dosypuje nieco soli. Opatrunek. Wywiązujący się sublimat *in statu nascendi* oczyszcza owrzodzenie w 24 godzinach, sprawiając początkowo pieczenie, trwające 3—4 godziny. Po 24 godz. zdejmuje ten opatrunek i przykłada na ranę *Unguent basilicum.* Bujającą (rzadko) nad miarę ziarninę przyżega kryształkiem siarkanu miedziowego; powolne pokrywanie się wrzodu naskórkiem przyśpiesza, przykładając na kartonie *empl. consolidans.* Chory przez cały czas leczenia leży w łóżku. Po zagojeniu się wrzodu zakłada zwykle opatrunek cynkowo-klejowy na 14 dni. Tym sposobem wyleczył 200 chorych, ani razu nie zawiódłszy się. *Herman.*

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Tanon jest wytworem zgęszczenia (kondensacyi) mięszaniny (87%) z urotropiną (13%), który w jelitach rozszczepia się na swe części składowe. Schreiber (Deutsche mediz. Woch.) zbadał ten przetwór w 32 przypadkach rozmaitych chorób jelitowych i wielce zachwala jego skuteczność, szczególnie w gruźlicy jelitowej. Dawka dzienna według Schreibera powinna wynosić dla dorosłego 1·0 trzy razy dziennie, dla dzieci 0,2—0,5 kilka razy dziennie. Skuteczność tanonu przypisuje Schreiber tak ściągającemu, jak i bakteryobójczemu działaniu garbnika. Kw.

Doświadczenia, które przedsięwziął H. Weiss, z nowym przetworem Eukazyny (wyrobu Majert i Ebers), wykazały, że środek ten ma wysoką wartość odżywczą (95% białka). Zdrowi przybierali znacznie na wadze, nie tracąc przytem ochoty do jedzenia. Szczególnie nadaje się eukazyna w tych przypadkach, w których trzeba podnieść ogólne odżywienie, a chorzy nie znoszą mleka. Najlepiej podawać ją w rosole, czekoladzie, mleku. Dobry też wynik osiągnięto, stosując ją w uporczywych wymiotach ciężarnych. R.

„Przetoki pęcherzowo-pochwowe“ poleca Dr. G. Kolischer z kliniki Schauty w Wiedniu leczyć zapomocą galwanokaustyki, zwłaszcza jeżeli przetoka jest wązka. W opisanym przez niego przypadku wprowadzono przez cystoskop operacyjny galwanokauter, którym przypalono cały kanał przetoki i oba jej ujścia, pęcherzowe i pochwowe, poczem nastąpiło zupełne wyleczenie. W każdym przypadku przetoki pęcherzowej radzi K. badać cystoskopem. (W. Med. Presse Nr. 52, 1897). W. R.

Gaucher zaleca w pokrzywce przemywanie roztworem 5,0 mentolu w chloroformie, eterze i wyskoku kamforowym aa 15,0: miejsca te następnie należy pudrować. F. K.

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z d. 26 Lutego 1898.

Przewodniczący: Kol. Dr. M chek. Członków obecnych 24.

Jako gość: Prof. Dr. Bujwid z Krakowa.

1. Przewodniczący przedstawił nowego członka Sekcyi, kol. Dra Romana Małaczyńskiego.

2. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3. Kol. Krasowski mówił o „leczeniu wilka metodą Hollandera“, przedstawiając techniczną stronę, oraz wyniki, osiągnięte tą metodą na chorych klinicznych i szpitalnych. Wyższość tej metody nad innemi (Paquelin, środki żrące) — polega, zdaniem mowcy, na tem, że rozgrzane powietrze działa tylko w oznaczonem miejscu (na guzek), nie niszczy tkanek otaczających tak, że nawet na powiekach i błonach śluzowych stosować je bezpiecznie można; dalej, że nie wywołuje blizn, ale owszem, po odpadnięciu strupa, skóra przedstawia się prawidłowo, wreszcie, że sposób wykonania jest prostym i łatwym. Przy silnem obrzmieniu obczynowem, po zastosowaniu tej metody, nie należy stosować żadnej maści; pod suchym bowiem strupem lepiej i prędzej miejsce przypalone się goi. W końcu prelegent zaznacza możliwość leczenia tą metodą i innych owrzodzeń skóry, n. p. wrzodów miękkich.

W ożywionej rozprawie nad powyższym przedmiotem zabierali głos: koll. Rydygier, Ziembicki, Uhma, Obtułowicz, Machek, Skałkowski i prof. Bujwid z Krakowa. Ten ostatni poruszył sprawę etyologiczną wilka, opisując własne doświadczenia z trzema świnkami morskiemi, którym zaszczepił kawałeczki tkanki, nawiedzonej wilkiem. U dwu świnek nie było wyniku, u trzeciej dopiero po roku, przy braku śladów gruźlicy, można było ujawnić bakterye, barwiące się sposobem Ehrlicha, a zatem żywe. Z doświadczeń tych wynikałoby, co Kaposi i wielu klinicystów twierdzi, że wilk nie jest właściwą gruźlicą. Byłaby to postać bardzo podobna do gruźlicy, ale odmienna, więcej łagodna, zbliżona do tak zw. gruźlicy ptasiej, za czem przemawiałoby i to, że wilk z reguły występuje u osób, u których gruźlicy narządów wewnętrznych nie spotykamy. Mowca zapowiada dalszą pracę doświadczalną w tym kierunku i prosi o wspieranie go materyałem do doświadczeń.

4. Kol. Sołowij wygłosił rzecz: „O przyczynach krwawień z części rodnych kobiecych, nie będących w związku z ciążą lub porodem“.

W zwięźle opracowanem przemówieniu przeszedł prelegent kolejno przyczyny, wywołujące krwawienia, dając pokrótce przy każdej z nich obraz zmian anatomicznych, przebiegu i leczenia, a także przedstawiając dotyczące ilustracye, lub preparaty anatomiczne.

W dyskusyi kol. Skałkowski podniósł wady serca i choroby nerek, a kol Hojnacki krwawiączkę (haemophilia) i *coitus interruptus*, jako dalsze jeszcze przyczyny, nieuwzględnione przez prelegenta.

Sekretarz: *Dr. Hojnacki.*

IX. KORESPONDENCYE

Warszawa w marcu.

Uprzystępnienie masom dobrodziejstwa kąpieli było oddawna przedmiotem rozpraw w naszem Towarzystwie lekarskiem, w „Zdrowiu“ i prasie ogólnej. Upłynęło jednak bardzo dużo czasu, zanim myśl dobra oblokła się w czyn. Dopiero dzięki ofiarności p. Rotwanda i staraniom Wydziału kąpieli ludowych przy tutejszem Towarzystwie dobroczynności (utworzonego z inicyatywy zmarłego Dra Ludwika Natansona i prof. Baranowskiego), można było dnia 12 lutego r. b. oddać do użytku publicznego pierwszy tego rodzaju zakład w naszem mieście. Na terytoryum przytułku noclegowego, przy ulicy Stawki (niedaleko Powązek), stanął niewielki budynek, w którym codziennie od 4-ej do 10-ej godz. wiecz. wydawane są natryski po 3 kop. (z dodatkiem mydła i ręcznika). Budynek składa się z 8 przedziałów dla mężczyzn i 3 dla kobiet, prócz tego znajduje się jedna wanna (po 10 kop.) Na kąpiel wraz z ubraniem, przeznacza się 15 minut czasu. W ciągu tygodnia cały zakład może wydać 1908 natrysków i 106 wanien. Ludność uboższa tłumnie podąża, aby korzystać z tak wielkiego, a nieznanego dotąd, udogodnienia. Rozumie się, jest to tylko początek. Należałoby jaknajprędzej dźwignąć podobne budynki w różnych dzielnicach miasta; wszak z zebranego na ten cel funduszu 27000 rubli zużytkowano dopiero 9000. W przyszłości dadzą się uniknąć pewne wady tych pierwszych kąpieli ludowych, do których należą: brak poczekalni, zła wentylacya i inne, które dopiero praktyka wykaże. W każdym razie jest to wielki krok naprzód w higienie naszego miasta.

Uregulowanie pomocy lekarskiej na prowincyi przechodzi ze sfery utyskiwań i bezsilnej krytyki w fazę czynu. Tym razem impuls poszedł z góry. P. gubernator płocki wystąpił z projektem organizacyi lekarskiej w swej gubernii i uzyskał pozwolenie od władzy na przeprowadzenie „sposobem próby“ tego projektu. „Znając wielkie braki, jakie przedstawiają sprawy zdrowotne w gubernii płockiej, oraz ciężkie położenie bytowe ludności i niemożność zasięgania pomocy lekarskiej, jako zbyt drogiej i wpadanie w wyzysk felczerów i znachorów“, — projektodawca pragnie zapobiedz tym brakom przez odpowiednią organizacyę pomocy lekarskiej, aby ludność „korzystając z jej dobrodziejstw, jednocześnie naocznie się przekonała, że rosyjska administracya przynosi ze sobą nie tylko panowanie, ale i troskę o potrzeby i dobrobyt ludności“.

Projekt ten, jak należało się spodziewać, zainteresował żywo nasze sfery lekarskie, wywołał kilka wyczerpujących ocen, oraz artykułów, poświęconych medycynie „ziemskiej“ w Rosyi (Bartoszewicz, Bronowski). Niestety, okazuje się, że cały ten projekt, poczęty przy biurku, nie liczący się z rzeczywistością, pożytku żadnego nie przyniesie. Gubernia płocka, licząca przeszło pół miliona mieszkańców, ma być podzielona na 8 okręgów; w każdym okręgu będzie urządzony szpital na 10 łóżek i 2 punkty do przyjęć ambulatoryjnych. Okręgiem zawiaduje lekarz, mający do pomocy felczera i akuszerkę felczerkę, obowiązanym będąc do przyjmowania chorych ambulatoryjnie, pielęgnowania ich w szpitalu i odwiedzania w miejscach zamieszkania (2 razy tygodniowo). Chorzy doznają opieki lekarskiej bezpłatnie, tylko za lekarstwa i opatrunki mają płacić po 10 kop. Lekarz pobiera rocznie 900 rubli pensyi i otrzymuje 100 rubli na rozjazdy, felczer 240, akuszerka 360. Jak widzimy, na jednego lekarza okręgowego wypada około 70000 osób, mogących potrzebować pomocy lekarskiej. Jeżeli przyjąć średnią śmiertelność roczna 25 na 1000, wypadnie, iż chorych umierających będzie 1700. Gdyby lekarz okręgowy miał choć po jednym razie odwiedzić tych śmiertelnie chorych w ciągu przeznaczonych na to dni, musiałby robić codziennie około 10—12 wizyt, w promieniu 10—15 wiorst. Cóż dopiero, gdybyśmy wyprowadzili liczbę zachorowań! Wtedy okazałoby się, iż musi on robić od 50—150 wizyt dziennie! Za to wszystko lekarz ma pobierać 1000 rubli pensyi bez prawa praktyki. Czyż to jest możliwe? Jakiż lekarz sumienny podejmie się tej syzyfowej pracy nawet za bardzo hojne wynagrodzenie? W tym samym stosunku będzie obarczony felczer, który zapewne będzie musiał przyrządzać lekarstwa i szczepić ospę (do 1200 dzieci rocznie). Akuszerką ma być koniecznie tylko siostra ze zgromadzenia św. Elżbiety, chociaż wiadomo, że Elżbietanki otrzymują tylko kwalifikacye na dozorczynie chorych i felczerki, zupełnie zaś nie uczą się akuszeryi. Rzeczą jest aż nadto widoczną, że jest to projekt czysto urzędniczy, wytworzony bez znajomości rzeczy, bez udziału kompetentnych i mających swoje zdanie lekarzy. „Należało ograniczyć dokładnie“, powiada słusznie Hewelke w Nrze 22 „Kroniki lek.“, „zakres nowej organizacyi albo też przystąpić do przeprowadzenia jej w całości w odpowiednim zakresie. Piękne obietnice, dawane całej ludności, wobec fizycznego niepodobieństwa dotrzymania ich nawet względem połowy, zrodzą tylko dużo niezadowolenia i niechęci a nieuniknione niepowodzenie „próby“ może *anticipando* na długo zdyskredytować wszelkie w tym kierunku racyonalniejsze próby przyszłości.

Tak się dzieje z wszelkimi projektami, tyczącymi się zdrowotności i lecznictwa, które powstają bez udziału ludzi fachowych. Jaskrawy tego przykład mamy na wodociągach lubelskich. Magistrat, bez wiedzy obywateli, zawarł kontrakt z przedsiębiorcą, który zbudował wodociągi, nie wiedząc dobrze, skąd będzie czerpać wodę, gdyż rzeka lubelska, Bystrzyca, ze względu na ubóstwo swoich wód i zanieczyszczenie brzegów, zupełnie się do tego nie nadaje. Zbudowano wodociągi 4 razy za małe (obliczono 52 litry na dobę i mieszkańca, podczas gdy w Warszawie obliczano po 200 litrów) i 5 razy za drogie (40 kop. za 100 wiader, podczas gdy w Warszawie za tę ilość wody płacimy 9 kop.) Tym sposobem ludzie biedni czerpać będą nadal wodę z brudnych rzeczek, przepływających przez miasto, a co najważniejsza, takie skąpe zaopatrzenie miasta w wodę uniemożliwi przeprowadzenie kanalizacyi, która dla Lublina jest sprawą pierwszorzędnej wagi. Charakterystycznym jest „szczegół“, iż kontrakt był sekretem dla obywateli, a na narady nie zaproszono nawet lekarza miasta! Dowiadujemy się o tem wszystkiem *post factum* od kol. M. Biernackiego w marcowym zeszycie „Zdrowia“. Prowincya nie bierze przykładu z Warszawy, gdzie, chwała Bogu, inne pod tym względem panują porządki. Głosy prasy fachowej i ogólnej coraz częściej znajdują posłuch u Władzy, gdy idzie o zdrowotność i porządek miasta. Charakterystyczny n. p. jest fakt, że do komisyi przy Radzie miejskiej, obradującej nad powiększeniem łóżek w szpitalach warszawskich, zaproszono kol. Jakimiaka, który bardzo ostro skrytykował w „Głosie“ gospodarkę szpitalną *(Nosocomialis)*.

Jak widzicie, sprawy higieny i lecznictwa ludowego są u nas na porządku dziennym. Tymczasem faktów do zanotowania mamy niewiele, ale wyrabiają się poglądy, ścierają zdania, wytwarza opinia, a i to coś znaczy.

Ze spraw zawodowych wypływa na widownią projekt kasy wkładkowo-zaliczkowej dla lekarzy, opracowany przez kol. J. Zawadzkiego (Kronika Lek. Nr. 3). Stara przypowiastka, iż *Galenus dat opes* staje się mytem. *Galenus* dla znacznej większości nie tylko nie daje bogactw, ale zaledwie kawałek chleba, bez zapewnienia przyszłości na sta-

rość. Choroba, przerwa, lub chwilowe niepowodzenie w praktyce robią nieraz takie szczerby w budżecie lekarzy, iż ci ostatni muszą się nieraz oddawać w ręce lichwiarzy. Projektowana Kasa ma choć w części złemu zapobiedz. Uczestnik, opłacający roczną składkę, ma prawo do pożyczki mało procentowej do wysokości swoich wkładów, lub znacznie wyższej, za poręczeniem 2 innych uczestników. Tak np. opłacający 60 rubli rocznej składki, po 5 latach będzie miał prawo do pożyczki 331 rubli bez poręczenia, a 993 rubli z poręczeniem; po 25 latach kapitał jego wyniesie najmniej 3000 rubli. Projekt ten ma być wkrótce podany do zatwierdzenia Władzy. Z początku Kasa będzie działała w samej Warszawie, z czasem działalność jej rozszerzy się na cały kraj. Lekarze łódzcy uzyskali już pozwolenie na założenie Kasy wzajemnej pomocy, której zasadniczym celem będzie wydawanie zapomóg stałych tym uczestnikom, którzy z powodu choroby, dłużej niż 3 dni trwającej, zarobkować nie mogą. Zapomoga, na początek istnienia, Kasy wynosić będzie 3 ruble na dobę, przyczem wydawaną będzie w ciągu 6 miesięcy najdłużej. Witamy z radością wszelkie usiłowania, przedsiębrane w celu ułatwienia bytu lekarzy, gdyż na ogół pracują oni ciężko, zarabiają mało i trudno im nieraz zabezpieczyć byt na starość dla siebie i rodziny. Tak jest zresztą, zdaje się, na całym świecie. Pouczająca jest pod tym względem statystyka Berengera, tycząca się lekarzy paryskich. Według jego obliczeń, na 2500 lekarzy praktykujących w Paryżu, 1200 zarabia mniej niż 8000 fr. rocznie. Ponieważ, powiada Berenger, za mniejszą sumę niż 8000 fr. nie może utrzymać się w Paryżu człowiek familijny, przeto walka o byt zmusza wielu lekarzy do różnych kroków, nie godzących się z wymaganiami etyki. Można zaprotestować przeciwko tej konieczności uchybień względem etyki, bo można po prostu cierpieć biedę, ale pozostaje fakt, iż blizko połowa lekarzy w Paryżu nie jest w stanie zarobić na opędzenie potrzeb codziennego życia. Czy lepiej jest w Warszawie, nie wiem; ale zdaje mi się, iż zbliżamy się do tej liczby na miarę naszych potrzeb. Dotychczas mieliśmy na wszelkie utyskiwania lekarzy jedną utartą odpowiedź — „nie skupiajcie się w miastach, wyjeżdżajcie na prowincyę, tam bądźcie pionierami oświaty, wejdźcie w potrzeby ludu, nauczcie go szanować lekarzy i korzystać z ich pomocy!“ Zadanie piękne, ani słowa, ale opłakane to apostolstwo rozbija się o tyle szkopułów materyalnych, że bez pomocy rządu i społeczeństwa nie doprowadzi do żadnego celu. Lekarz niepowinien wyjeżdżać na prowincyę zaraz po skończeniu studyów, bo nie jest przygotowanym do samodzielnego wykonywania wszechstronnej praktyki lekarskiej, a jednak to robi, bo gdzież będzie się uczył i z czego będzie żył? Rząd i społeczeństwo może temu zaradzić, tworząc przy szpitalach płatne asystentury przy ordynatorach, także rozumie się, płatnych i mianowanych lub wybieranych z pośród ludzi, którzy mogą innych czegoś nauczyć. Pomoc lekarska dla biednych powinna być bezpłatna, ale ta filantropia nie może ciężyć na samych tylko lekarzach. Cóż się u nas w tym kierunku robi? Pierwszy projekt uprzystępnienia pomocy lekarskiej na prowincyi wyszedł nie z łona społeczeństwa; widzieliśmy jego wady, które w zarodku samym projekt ten sparalizują. Gdyby go odpowiednio poprawić, uzupełnić, pozbawić wszelkich niepotrzebnych dodatków i rozszerzyć na kraj cały, byłby to postęp rzeczywisty. Społeczeństwo nasze wieleby na tem zyskało, a dla całej rzeszy lekarzy, otworzyłoby się pole dla prawdziwie pożytecznej i owocnej pracy. Upaństwowić wszystkich lekarzy, jak tego chce Z. Kramsztyk w marcowym zeszycie „Krytyki Lekarskiej“, nie udało się dotąd w żadnem państwie i wątpić należy, czyby ludzkość na tem zyskała, gdyby wszyscy lekarze musieli być urzędnikami; ale państwo i społeczeństwo mogą i powinny wziąść na siebie trud dostarczania racyonalnej opieki lekarskiej całej ludności, powinny powołać do tego lekarzy, nie wymagając jednak od nich, żeby pracowali za darmo, albo pracowali nad siły. *Prawdzic.*

X. II. Zjazd austryackiego Towarzystwa otologicznego w Wiedniu.

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

8. Gruber mówił: „O chorobach śródczaszkowych, wikłających choroby uszne“. Jako dopełnienie wykładu, mianego o tym samym przedmiocie na zjeździe zeszłorocznym, podaje G. następujące statystyczne liczby, wyciągnięte z 40.073 sekcyj, wykonanych w powszechnym szpitalu wiedeńskim, za czas od 1 stycznia 1873 do 31 grudnia 1894 r. Owoż z zestawienia i rozpatrzenia protokołów sekcyjnych wynika następujący stosunek śmiertelności:

w latach	było chorób śródczaszkowych wikłających choroby uszne
1873—1883	88 = 0·49%
1883—1888	52 = 0·59%
1888—1890	26 = 0·65%
1890—1892	28 = 0·76%
1892—1894	38 = 0·66%

Z tego obrachunku wypadałby niekorzystny wynik dla okresu późniejszego, t. j. operacyjnego. Należy jednak uwzględnić, że w ostatniem dziesięcioleciu przypadki operacyjne z ciężkiemi powikłaniami zgłaszają się do szpitala o wiele częściej i częściej bywają przyjęte i operowane niż dawniej.

9. Prof. Gruber demonstrował: Rozrzedzenie tkanki kostnej (osteo porosis) kostek słuchowych. We wszystkich częściach obu kości skroniowych, pochodzących z osoby 59-letniej, zmarłej na uwiąd (Marasmus), która za życia była na prawe ucho zupełnie głucha, a na lewe źle słyszała, wpada w oko, już przy powierzchownem obejrzeniu, zanik kości. Na przedstawionych preparatach drobnowidowych dokładnie widać rozrzedzenie tkanki kostnej kostek słuchowych pochodzących z prawego ucha. W lewej jamie bęb. już makroskopowo widać błonę bęb., młotek i kowadełko nieprawidłowo ze sobą spojone przez błony wrzekome, po części przez nowoutworzoną tkankę kostną.

Gomperz powołuje się na przypadek przez siebie ogłoszony, w którym stwierdził w stropie jamy bęb. równocześnie obok siebie zapalenie kości zgęszczające i rozrzedzające i wyraża zdanie, że to nowotworzenie się kości należy uważać za sprawę ochronną przeciw szerzeniu się zapalenia.

10. Prof. Gruber okazuje: Nową nasadkę kątną (Winkelhandstuck) do elektromotoru dla operacyi w głębi przewodu ucha zewn. Nasadka, pod kątem zagięta, pomysłu G., połączoną jest z innemi narzędziami, świdrem, trepanem i t. p., pozwala używać tych ostatnich pod kątem około 120°, co umożebnia wprowadzenie narzędzi do ucha pod kontrolą wzroku. Zarazem pokazuje G. małe trepaniki, służące do wyłuszczania małych kawałków z kości bębenkowej (os tympan.), w celu odsłonięcia ogniska chorobowego w górnym przestworze bębenkowym.

11. Dr. Alt miał wykład: O etyologii chorób narządu przyjmującego głos. Prelegent, który od jakiegoś czasu tym przedmiotem bliżej się zajmuje, zwraca uwagę na trudności w wysnuwaniu pewnych wniosków z materyału statystycznego, a to główniez powodu różnych stanowisk i zapatrywań autorów na etyologię i rozpoznanie tych chorób. Z materyału statystycznego, zebranego przez A. z literatury, a odnoszącego się do 182.799 chorych na uszy, przypada 5·42% na ucho wewnętrzne, a z tych 70% u mężczyzn, a 30% u kobiet: 71·61% przypada na dorosłych (wyżej 15 lat). Co do przyczyn tych chorób zestawił A. tablicę I:

TABLICA I.

Przyczyna nieznana	42 6%	Niedokrewność	0·6%
Uraz	12%	Zapalenie nerek	0·5%
Przez przebicie	10%	Połóg	0·5%
Kiła	10%	Wiąd rdzenia	0·3%
Płonica	4·4%	Wyskok	0·3%
Zapalenie opon mózg.	3·4%	Ospa	po 0·18%
Histerya i neurastenia	2·2%	Nowotwór mózgu	
Dur	2·2%	Stwardnienie wysepkowate	
Złamanie podstawy czaszki	2·2%	Salicyl	
Odra	1·3%	Białaczka	
Przypadki wrodzone	1·0%	Krztusiec	
Zanik ogólny	1·0%	Żółtaczka	
Grypa	1·0%	Otrucie	
Błonica	0·6%	Róża	
Udar	0·6%	Udar słoneczny	
Chinina	0·6%		

Gdy atoli tym liczbom, z przyczyn na wstępie wyłuszczonych, nie można przyznać zupełnej dokładności i pewności, zestawił A. 12.736 przypadków chorych na uszy na klinice Grubera, z których wypada 3·07% na choroby ucha wewnętrznego. Ostateczno przyczyny tych chorób przedstawia tablica II:

TABLICA II.

Nieznana przyczyna	30·3%	Zapalenie gruczołu przyusznego	1·03%
Przez przebicie	14·8%	W połączeniu z zapaleniem naczyniówki i siatkówki	1·03%
W połączeniu z nieropnemi chorobami ucha środ.	8·9%	Z zapaleniem barwikowem siatkówki	0·58%
Zapalenie opon mózg.	7·2%	Wyskok	po 0·34%
Wrodzone	6·89%	Chinina	
Kiła nabyta	5·4%	Salicyl	
Dur	4·8%	Zapalenie nerek	
Ropne sprawy ucha środkowego	4·4%	Ospa	
Kiła dziedziczna	3·1%	Róża	
Matołectwo i wodogłowie	2·4%	Stwardnienie wysepkowate	
Płonica	2·06%	Złamanie podstawy czaszki	
Uraz	2·06%	Udar słoneczny	
Błonica	1·7%		

W dyskusyi Drowie Kaufman i Pollak podnoszą, zgodnie z prelegentem, znaczną częstość chorób ucha wewnętrznego, zależnych od zajęć zawodowych.

A. sądzi, że przeważna część zachorowań ucha wewnętrznego, z przyczyn niewiadomych, należy także do tej kategoryi chorób zawodowych, gdyż obok tych zajęć, które zostały uznane, jako wywołujące tego rodzaju cierpienia, jest jeszcze wiele innych zatrudnień, narażających na podobne szkodliwości.

12. Dr. Kaufman demonstrował obustronne potworności ucha i preparaty anatomo-patologiczne i histologiczne, należące do osoby 85-letniej, która, według podania krewnych, za życia mówiła, choć nie wyraźnie i do pewnego stopnia na oba uszy słyszała. Na prawym narządzie słuchowym spostrzega się, w miejscu małżowiny, wałek skórny, 5 ctm. długi, chrząstkowaty, bruzdą od płatka usznego oddzielony. Brak przewodu zewnętrz. ucha i błony bęb. W górnym przestworze jamy bęb. znajdują się szczątki kostek słuchowych, jama bęb. znacznie ścieśniona, zagłębienie okienka owalnego mniejsze.

Po stronie lewej, małżowina mocno zniekształcona, mniejsza, przewodu zewnętrznego i błony bęb. niema, zmniejszoną jamę bęb. przeciągają beleczki kostne; w górnym jej przestworze szczątki kostek słuchowych. Przewód uszny wewnętrzny, nn. twarzowe, słuchowe i błędnik obustronnie prawidłowe.

Druga para narządu słuchowego, należąca do 29-letniego chorego, zmarłego na gruźlicę, przedstawia po stronie lewej: małżowina mała, tylko przeciwskrawek silnie rozwinięty; w miejscu ujścia zewn. płaski dołek, płatek uszny szeroki, ku przodowi przyrośnięty. Przewodu usznego chrząstkowego niema, kostny przewód do połowy ścieśniony, jama bęb. zmniejszona. Po stronie prawej: w miejscu górnej części małżowiny znajduje się okrągławy guzik, wielkości grochu, chrząstkowato twardy, do którego nieco niżej przyłącza się grzebieniowaty płatek skóry. W miejscu ujścia zewnętrz. przewodu usznego podłużna, dość głęboka, bruzda, a nieco niżej płaski, ślepy dołek. Ucho wewn. prawidłowe, tylko mniejszych rozmiarów.

Bing wnosi z faktu, że skoro właścicielka przedstawionych narządów słuchowych, według zgodnych podań osób z jej otoczenia, za życia mówiła i słyszała, to mamy dalszy dowód dla nauki o percepcyi głosu przez bezpośrednie przewodnictwo kości, w przeciwieństwie do przypuszczonego przewodnictwa czaszkowo-bębenkowego (cranio-tympanal), według którego fale głosowe dostają się do nerwu słuchowego tylko za pośrednictwem narządu jamy bęb. W tym przypadku fale głosowe mogły być przeniesione, na narząd głos przyjmujący, tylko przez przewodnictwo kostne, wobec znacznego zniekształcenia i braku rozwoju ucha zewn. i środkowego.

(Dokończenie nastąpi).

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków 17 Marca.

* Towarzystwo farmaceutyczne »Unitas« w Krakowie, postanowiło na walnem zgromadzeniu d. 13 b. m. wydawać od 15 kwietnia kwartalnik lub miesięcznik, którego zadaniem będzie obznajomienie szerszych warstw z ruchem, powstałym w ostatnim czasie w tym zawodzie. Uchwalono również rozpisać konkurs na dzieło naukowe w zakresie farmacyi. Nazwę Towarzystwa zmieniono na: Galicyjskie Towarzystwo farmaceutyczne »Unitas« w Krakowie. Prezesem na rok 1898 wybrano Antoniego Śmieszka, wiceprezesem Antoniego Markowicza.

* Wilno, na wzór Warszawy, ciągle pomnaża liczbę lecznic prywatnych. Obok już istniejących: chirurgicznej (Dra Dębowskiego), Pasteurowskich szczepień (Dra Orłowskiego), wodoleczniczej (Drów Zajkowskiego i Borkowskiego), ginekologicznej (należącej do spółki), rozpoczęto starania o pozwolenie założenia drugiej ginekologicznej i drugiej wodoleczniczej. Dzienniki zwracają uwagę na brak stacyi klimatycznej na Litwie, do czego szczególnie nadają się górzyste, obfitujące w wodę i lasy, piękne okolice Wilna.

* Dzienniki donoszą, że lekarz szpitalny we Lwowie, Dr. Penzias, wskutek skaleczenia się przy operacyi, uległ zakażeniu, czego następstwem była smutna konieczność odjęcia kończyny.

* Wolna posada lekarza okręgowego jest do obsadzenia w Świrzu, pow. przemyślańskim, z roczną płacą 600 złr. i 240 złr. na koszta podróży. Podanie do przemyślańskiej Rady powiatowej należy wnieść do 1 maja.

* »Kuryer warszawski« dowiaduje się, że ś. p. Dr. Roman Jasiński zapisał całą swą bibliotekę lekarską Towarzystwu lekar. warszawskiemu.

* Czwarty Zjazd badaczy gruźlicy odbędzie się między 27 lipca a 2 sierpnia w Paryżu, pod przewodnictwem Nocarda.

* W Petersburgu zawiązało się Towarzystwo lekarskiej pomocy w nocy. Na razie Towarzystwo liczy 15 członków i ustanowiło następującą taksę: za przyjęcie w siedzibie Towarzystwa płaci się 1 rsr., jeśli choroba wewnętrzna, 2 rsr. jeśli chirurgiczna. Wizyta w mieszkaniu chorego płaci się po 3 rsr., bez względu na rodzaj choroby. Za wizytę u położnicy należy się po nad 3 rsr.

Konkurs rozpisał Dziekan Wydziału lek. Uniw. Jagiell. na posadę demonstratora przy katedrze fizyologii z płacą roczną 300 złr. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekar. od d. 21 marca.

Mianowani: Dr. Jul. Dollinger kierownikiem kliniki chirurgicznej w Peszcie, na miejsce zmarłego Kovacsa. Dr. W. Tichomirow zwycz. profesorem farmakologii w Moskwie. Dr. Forlanini, zwycz. profesorem patologii ogólnej w Turynie. Dr. Budin, kierownikiem kliniki położniczej w Paryżu, na miejsce Tarniera. Dr Henryk Frenkiel, wychowaniec Uniw. warszawskiego, otrzymał drogą konkursu katedrę okulistyki w szkole lekarskiej w Tuluzie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Wiktor Niski, w Mławie. Dr. Matkowski, pedyatra, w Odesie. Prof. chirurgii, Dr. Schneider, w Królewcu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Medycynie* Nr. 11: Dra Brunnera J.: Zatrucie strychniną a tężec przyranny. Dra Leszczyńskiego L.: Eter bromowy czy pental stosować należy do usypiań krótkotrwałych (c. d.). W *Kronice lekarskiej* zeszyt 5: Dra Warszawskiego M.: Przypadek XVI miesięcznej ciąży zamacicznej śródwięzadłowej. Płód donoszony, od VI miesięcy nieżywy. Koeliotomia. Wyzdrowienie. Dra Sędziaka: Przyczynek do rozpoznawania, oraz leczenia, ropnego zapalenia migdałka podniebiennego, oraz językowego, ze szczególnem uwzględnieniem ropnia okołomigdałkowego (dokoń.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 11. Dra Steinhausa J.: Przyczynek do znajomości rozwoju i budowy pryszcza wakcynalnego. Dra Czajkowskiego J.: Przyczynek do rozpoznawania ogniskowych cierpień mózgu (dokończenie).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 23-go Marca, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum“, w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

1. Sprawy administracyjne.

2. Kol. Docent Dr. Reiss przedstawi chorego z kliniki chorób skórnych.

3) Kol. Dr. Lewkowicz przedstawi chorego z kliniki pedyatrycznej.

4. Kol. Dr. Krokiewicz przedstawi chorego i wypowie rzecz „O Syringomyelii“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.